FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1917 — THÈSE — N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Jean-René POUJAUD

Né à La Souterraine (Creuse), le 19 décembre 1888
Médecin aide-major de 2e classe
Décoré de la Croix de guerre

LE MANQUE D'HYGIÈNE BUCCO-DENTAIRE

COMPLICATIONS, TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

Président : M. PIERRE LETULLE, *professeur*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
JOUVE & Cie, ÉDITEURS
15, Rue Racine (VIe)

1917

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

ASSESSEUR : G. POUCHET

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	ACHARD
Pathologie médicale	WIDAL TEISSIER
Pathologie chirurgicale	LEJARS
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	Auguste BROCA
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	N.
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	N.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LETULLE
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	DEBOVE LANDOUZY GILBERT CHAUFFARD
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	DEJERINE
Clinique chirurgicale	DELBET QUENU N. HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR COUVELAIRE RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	Albert ROBIN
Hygiène clinique de la première enfance	MARFAN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BERNARD	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
BRANCA	JOUSSET (A.)	MOCQUOT	SAUVAGE
BRUMPT	LABBÉ (H.)	MULON	SCHWARTZ (A.)
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	NICLOUX	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NOBECOURT	TANON
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TERRIEN
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TIFFENEAU
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	VILLARET
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERER	ZIMMERN
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

Je dédie ce travail à mes parents, les remerciant de m'avoir permis de poursuivre la carrière que j'ai choisie.

A ma compagne et à notre fillette dont les chers souvenirs me permettent, en ces jours troublés, de surmonter les épreuves que nous traversons.

A M. le professeur Letulle qui a bien voulu en accepter la présidence.

Croyez cher et bienveillant Maître à l'expression de ma bien sincère gratitude.

LE MANQUE D'HYGIÈNE
BUCCO-DENTAIRE
COMPLICATIONS, TRAITEMENT ET PROPHYLAXIE

INTRODUCTION

La bouche peut servir de porte d'entrée à de multiples affections. Mais nous n'envisagerons ni les maladies contractées par voie buccale, soit par contacts, soit par ingestion de produits toxiques, ni les maladies infectieuses générales résultant de la prolifération et de la virulence des agents pathogènes saprophytes de la partie initiale du tube digestif.

Nous ne considérerons que les affections dues à la négligence et aux manques de soins buccaux.

Si les maladies de nutrition et les maladies infectieuses peuvent retentir sur l'appareil dentaire et par déminéralisation favoriser les caries : il est important également de ne pas oublier que les perturbations du milieu buccal peuvent se répercuter sur l'organisme entier, engendrer des troubles géné-

raux de nature toxique ou infectieuse qui sont d'une importance capitale en pathologie générale.

D'après quelques cas observés par nous dans nos visites quotidiennes, nous étudierons les complications gingivales, ganglionnaires, glandulaires, stomacales et intestinales dues au défaut d'hygiène buccale. Nous en exposerons le traitement dans la mesure où il nous fut possible de suivre ces malades, car certains durent être évacués sur des formations sanitaires. Nous en indiquerons la prophylaxie.

CHAPITRE PREMIER

Milieu buccal

Chez l'homme sain, en dehors de tout état pathologique, la cavité buccale est l'habitat d'une quantité considérable d'espèces microbiennes, dit A. Besson.

La salive de l'homme est virulente, les apports continus de germes par les aliments nous conduit à nous demander comment la cavité buccale se défend contre les agressions.

La salive exerce par sa réaction alcaline une action destructive sur les albumines toxiques et d'autre part le balayage incessant produit par la langue, le mouvement des joues et des lèvres produit un nettoyage automatique. Mais que ces mouvements et ce flux salivaire viennent à être suspendus ou ralentis, qu'une plaie, une érosion de la muqueuse apparaisse, les microbes trouveront au milieu des débris épithéliaux et alimentaires un terrain de culture favorable. Ils sont en effet abondants dans les enduits saburraux et au milieu du tartre dentaire.

La flore normale de la bouche est riche. Nous nous contenterons d'énumérer les espèces les plus fréquentes.

Au premier rang se placent quelques microbes vivant normalement dans l'air : *les coccus de l'air*, *le bacillus subtilis*, *le bactérium termo*, *le bacillus mesentericus vulgatus*, *le bacillus amylobacter*.

A côté d'eux on observe constamment : *le streptocoque*, *le leptothrix buccalis*, *le bacillus ramosus*, *le bacille fusiforme de Vincent*, *l'entérocoque*. Puis moins fréquemment : *le Pneumocoque*, *le Pneumobacille*, *le colibacille*, *le micrococcus tetragenes*, *le bacille diphtérique* et divers microbes anaérobies : *Bacillus perfringens*, *bacillus fragilis*.

Les ulcérations muqueuses et le tartre dentaire peuvent également abriter des parasites animaux : *les amibes décrites par Gross*, *Prowazek*, *Verdun*, *Brigaut*.

Aucun de ces microbes ne peut être considéré comme agent pathogène spécifique d'une carie ou d'une infection dentaire. D'après Goadby, cité par Besson : *Les microbes donnant les fermentations acides dans les caries dentaires sont : Streptococcus brevis*, *Bacillus necrodentalis*, *Sarcina alba aurantiaca*, *Sarcina lutea*, *Staphylococcus pyogenes*. *Les microbes attaquant la dentine sont : Bacillus mesentericus*, *Bacillus fuscus*, *Gelber bacillus*. A cette liste il convient d'ajouter le *bacille fusiforme de Vincent* dont la présence est constatée à l'intérieur des dents cariées.

Les espèces isolées par Moinier dans le pus des lésions dentaires sont :

Streptococcus (aérobie)	4 fois sur 6 cas observés
Bacillus ramosus (anaérobie)	6 fois sur 6 cas observés
Bacillus fragilis (anaérobie).....	3 fois sur 6 cas observés
Cocco-bacille de Veillon.....	1 fois sur 6 cas observés
Bacille filamenteux (anaérobie)..	2 fois sur 6 cas observés

Dans 2 cas sur 6, les anaérobies existent seuls.

On conçoit facilement l'envahissement par l'infection d'une érosion de la muqueuse, et sa propagation par voie lymphatique, lorsque la prolifération de ces germes est favorisée par la stagnation de débris alimentaires et muqueux, de caries non traitées par suite du manque d'hygiène buccale.

Nous rapporterons quelques observations qui sont la conséquence de ce manquement aux règles hygiéniques, par suite de négligence ou d'ignorance.

CHAPITRE II

Gingivite et Pyorrhée alvéolo-dentaire

OBSERVATION I

Défaut de soins buccaux. — Mauvaise dentition
Gingivite

Cot..., canonnier au 10e régiment d'artillerie à pied, âgé de quarante-quatre ans, exerce la profession de vigneron. Ne se souvient pas d'avoir eu de maladies infectieuses.

Il vient à la visite le 15 octobre 1916.

Depuis quelques jours, dit-il, ses gencives sont sensibles. La mastication est très gênée ; le contact seul de la langue est douloureux.

A l'examen de la bouche les arcades dentaires nous offrent un aspect de délabrement... délabrement extrême. En haut, à droite et à gauche, les molaires sont cariées, brisées. Il n'en reste que d'infimes débris dépassant à peine le bourre-

let muqueux. Les canines et incisives saines mais déchaussées paraissent allongées et donnent au maxillaire supérieur l'aspect d'une mâchoire de cheval. L'arcade inférieure est mieux conservée. Seules les molaires sont avariées, les autres dents saines sont également déchaussées, couvertes d'un enduit noirâtre de tartre.

Les gencives sont sèches, douloureuses au toucher. La muqueuse est tendue, rougeâtre, marbrée par places de taches ecchymotiques. Cette tension et cette coloration sont plus marquées devant les alvéoles. Au niveau du collet le rebord est ulcéré, saignant facilement au moindre attouchement.

Le malade avoue ne pas prendre de soins hygiéniques, et bien qu'ayant reçu un instruction primaire assez avancée, semble ignorer totalement que cela soit nécessaire.

A part la gêne dans la mastication il ne se plaint pas de par ailleurs : ses fonctions digestives s'effectuent régulièrement, son état général est bon.

Il s'agit donc là d'une infection gingivale au début.

Nous prescrivons de fréquents lavages... lavages de la bouche avec le dentifrice.

Borate de soude.....	10 gr.
Eau bouillie.....	1.000 gr.

Le 18 octobre 1916, le malade revient : la muqueuse a presque son aspect rose normal. Il ne reste plus que quelques petits points saignants au niveau du collet. Nous l'envoyons à un dentiste militaire qui procède à un grattage du tartre et lui extrait, les jours suivants, les racines les plus faciles à atteindre.

Nous faisons continuer les lavages à la solution boratée et cautérisons deux fois par jour les rebords gingivaux avec le collutoire suivant :

Teinture d'iode au 1/20..... une partie
Glycérine..... une partie

Le traitement est suivi pendant vingt jours, les douleurs disparaissent et la mastication s'effectue à nouveau normalement.

Malgré nos conseils le malade refuse l'extraction des débris dentaires qui lui restent, mais s'astreint efficacement à un lavage de bouche biquotidien.

OBSERVATION II

Fautes hygiéniques. — Mauvaise dentition
Pyorrhée alvéolaire

T..., canonnier du X^e^ R. A. P., quarante-deux ans, exerce la profession de charron.

Vient consulter le 20 février 1917. Il se plaint de ne plus pouvoir manger ; en outre ses digestions sont lentes et pénibles, il a de l'anorexie. Il n'a jamais eu de maladies l'ayant, antérieurement, obligé à interrompre ses occupations. Cependant il accuse de sourdes douleurs articulaires suffisamment fortes pour l'éveiller la nuit, d'une façon intermittente.

Depuis plusieurs semaines déjà, ses gencives étaient dou-

loureuses et saignaient au contact des aliments. De sa propre initiative il fit des lavages de bouche pendant deux ou trois jours, puis cessa. Mais la gêne dans la mastication a augmenté. Les dents elles-mêmes sont douloureuses. Elles semblent mordre dans du « caoutchouc », dit-il, elles paraissent « s'allonger », elles sont branlantes et il en a arraché une sans effort.

L'inspection de la mâchoire nous fait constater que les grosses molaires de la mâchoire inférieure et de la mâchoire supérieure sont cariées et cassées au collet. Celles qui restent remuent facilement. Entre la dent et le rebord gingival sourd un pus crémeux, le bourrelet gingival apparaît ulcéré quand on essuie l'enduit crémeux qui le recouvre. Une épaisse couche de tartre recouvre les faces linguales et labiales des dents.

Le malade est amaigri et anémié. Sa langue est saburrale, l'haleine fétide, le palper de la région stomacale réveille une légère douleur.

L'examen des urines en vue de la recherche du sucre et de l'albumine donne un résultat négatif.

Mais à cause de son anémie, de sa gastrite et de sa pyorrhée alvéolaire nous évacuons le malade sur un centre de stomatologie.

Nous l'avons depuis perdu de vue.

L'observation I se rapporte à une gingivite banale, au début, non encore suppurée, mais dans l'observation II il s'agit d'une pyorrhée alvéolaire nette avec les symptômes de : purulence, défaut d'articulation de la racine avec l'alvéole, par destruction du liga-

ment et que Tellier (de Lyon) distingue des gingivites purulentes chroniques : « *où le pus séjourne autour du collet des dents parfois en assez grande abondance ; ce ne sont pas des pyorrhées ; l'articulation reste intacte, la barrière anatomique qui constitue le ligament circulaire reste saine, quelquefois pendant très longtemps les dents conservent leur solidité, jusqu'au jour où une cause surajoutée détruit la résistance du péricément. La suppuration gagne alors l'articulation, la pyorrhée est constituée.* »

Ce même auteur reconnaît comme cause de la pyorrhée alvéolaire certaines maladies générales : diabète, rhumatismes, certains états influençant la résistance organique, mais il reconnaît l'influence du tartre comme agent traumatisant de la muqueuse buccale et ouvrant ainsi une porte à l'infection, sur un terrain affaibli, offrant une moindre résistance : « *A côté des qualités du terrain, dit-il, interviennent dans la production de la suppuration, les microorganismes dont la quantité, la qualité et la virulence varient probablement aussi en raison des lésions générales et même locales.* »

Sur un terrain déminéralisé, dans un organisme dont la résistance est amoindrie, toute érosion muqueuse sera un lieu d'élection d'un processus infectieux.

Les symptômes gastriques présentés par ce sujet relèvent d'une gastrite aiguë au début où le défaut

de mastication et la pyophagie interviennent comme facteurs étiologiques.

Le mauvais état dentaire chez ce rhumatisant explique parfaitement la pyorrhée ; l'anémie et l'amaigrissement découlent des difficultés d'alimentation et de la gastrite.

CHAPITRE III

Complications glandulaires et ganglionnaires

L'infection buccale par voie lymphatique peut facilement se propager aux ganglions lymphatiques de la face et du cou. Plus rarement elle se propage aux annexes salivaires, le flux continuel de salive produisant un balayage automatique des canaux excréteurs. Mais que ce flux se ralentisse et l'appareil glandulaire est en état d'infériorité pour résister à l'assaut des microorganismes. Il nous a été donné de relever deux observations d'infection des glandes sous-maxillaire et parotide.

OBSERVATION III

Mauvaise dentition — Infection de la glande sous-maxillaire. — Périlymphangite

L. C... soldat au 11e régiment d'infanterie, profession de pêcheur. Vient à la visite le 13 juin 1916.

Depuis quelques jours déjà, il sentait un petit point induré douloureux au tiers moyen de la branche droite du maxillaire inférieur. Il n'y prit tout d'abord pas garde, mais la tuméfaction augmente et la projection de la tête à gauche réveille une douleur assez vive.

Le 12 au soir, il a eu quelques frissons et a été pris d'un violent mal de tête.

La prise de la température axillaire indique 37°6.

Sous le tiers inférieur de la branche droite du maxillaire inférieur on perçoit au palper une tuméfaction douloureuse arrondie et tout autour un léger empâtement lymphangitique qui s'étend en avant du sterno-mastoïdien où quelques ganglions roulent douloureusement sous les doigts.

La muqueuse de la bouche est enflammée, rouge et sèche, l'orifice du canal de Warthon est saillant et congestionné.

Une épaisse couche de tartre rend les dents noirâtres, la prémolaire droite inférieure est cariée, les canines du maxillaire supérieur sont ébréchées, les autres dents sont saines.

Le malade ignore l'hygiène buccale et n'a jamais pratiqué de rinçages de bouche mais il fait, par contre, un usage exagéré du « tabac à chiquer ».

La localisation, l'évolution lente en une douzaine de jours, le peu de réactions générales et l'état de malpropreté extrême de la bouche nous firent penser à une infection glandulaire et écarter l'idée d'oreillons, dont il n'y avait du reste, pas de cas dans l'unité.

Nous faisons au malade un badigeonnage iodé externe et un enveloppement ouaté. Il fait, sous notre contrôle, plusieurs fois par jour des lavages avec une solution de perbo-

rate de soude. Deux fois par jour nous tamponnons à l'iode les caries dentaires.

Le lendemain, le 14 juin, la céphalée a disparu et la température est redevenue normale.

15 juin. — L'empâtement a diminué en est moins douloureux. Nous faisons continuer les lavages antiseptiques.

18 juin. — La glande sous-maxillaire est encore sensible.

21 juin. — L'état normal est presque rétabli, du reste le malade se considère comme guéri et remonte en ligne avec sa compagnie.

OBSERVATION IV

Manque de soins hygiéniques par suite de difficultés matérielles. — Parotidite.

Ver..., sergent au 11e régiment d'infanterie, trente-cinq ans, voyageur de commerce.

20 décembre 1915. — Se plaint d'une tuméfaction douloureuse de la joue gauche, avec irradiations dans l'oreille.

Il a de la céphalée et un léger trismus.

Il souffrait depuis plusieurs jours d'un abcès dentaire qui s'est évacué seul, il a vu progressivement évoluer cette tumeur mais n'est pas venu consulter, sa compagnie étant aux tranchées et lui se trouvant un peu gêné dans son service.

Pas de température.

Nous trouvons la parotide augmentée de volume, formant une saillie de la grosseur d'un œuf de pigeon, douloureuse

au toucher. Le palper révèle une lymphangite douloureuse et une tuméfaction des ganglions sterno-mastoïdiens.

L'écartement des mâchoires est pénible.

La muqueuse buccale est enflammée, rougeâtre.

Le malade a une carie de la prémolaire non traitée, ayant déterminé un abcès qui évolua spontanément.

Il prend soin de sa bouche, mais son séjour dans les tranchées ne lui permit pas ce nettoyage.

L'abcès dentaire immmédiatement antérieur à la parotidite, la lenteur d'évolution, la lymphangite, l'unilatéralité de la lésion et l'absence d'épidémie dans le corps nous firent écarter le diagnostic d'oreillons.

Nous instituons les lavages fréquents avec de l'eau oxygénée et donnons de l'aspirine contre la céphalée et l'otalgie. Celle-ci ayant disparu deux jours après, nous en profitons pour extraire la dent cariée et faisons continuer les gargarismes.

La parotide diminue lentement de volume, les ganglions cervicaux sont toujours perceptibles, et malgré la régularité des lavages la glande est encore sensible sept jours après.

Le malade est gardé au repos. Il ne rejoint sa compagnie en ligne que huit jours plus tard, c'est-à-dire le 4 janvier 1916.

Prises à temps ces infections guérirent rapidement, mais négligées elles eussent évolué vers la suppuration et étaient en voie de déterminer un adéno-phlegmon du cou.

Telles sont les complications buccales et parabuccales des caries dentaires, qu'il nous fut permis d'observer. Elles peuvent également engendrer des fistules et des sinusites, créer des complications du côté de l'oreille et des yeux. La pathologie de la

bouche intéresse donc tous les organes de la face, même le crâne, pouvant en effet se compliquer de phlébites orbito-crâniennes.

CHAPITRE IV

Gastrites. — Entérites

L'indifférence vis-à-vis des soins dentaires peut retentir sur tout l'appareil digestif. Chaque secteur peut être éprouvé.

La pyophagie détermine des gastrites aiguës, l'observation n° II nous l'a montré. En outre, les aliments mal mastiqués surchargent le travail des appareils digestifs, entraînent une détérioration des organes, et l'affaiblissement du sujet par manque d'assimilation.

OBSERVATION V

Mauvais état dentaire. — Gastrite.

Her..., soldat au 11e régiment d'infanterie, cultivateur, trente-deux ans.

Il vient consulter le 16 juin 1915. Dit avoir eu une fièvre

typhoïde à vingt et un ans pendant son service actif, mais n'a jamais souffert depuis et n'a pas eu besoin d'interrompre ses occupations.

Mais depuis plusieurs jours il se plaint de lourdeurs de tête, l'appétit fait défaut. Les digestions sont pénibles. Depuis deux jours l'état s'est aggravé, il a des brûlures, des aigreurs stomacales et a vomi son café du matin.

La température axillaire donne 37°4. La langue est saburrale, les selles sont molles, non diarrhéiques, contiennent des résidus alimentaires non digérés.

La paroi abdominale est souple, seule la région stomacale est un peu douloureuse.

Les mâchoires sont dans un état de délabrement extrême: les incisives et les canines seules existent mais sont cariées, les autres dents cassées au collet disparaissent sous les bourrelets gingivaux tuméfiés, les racines apparaissent comme autant de nids de pus, l'haleine est malodorante.

L'homme est amaigri, nous l'évacuons sur une ambulance avec le diagnostic de gastrite aiguë, mauvaise dentition.

Il est revenu au corps quatre mois après muni d'un appareil de prothèse dentaire. Nous avons eu l'occasion de le suivre pendant deux mois encore, son état général était bon et lui permettait de faire son service sans fatigue.

OBSERVATION VI

Mauvaise dentition. — Dilatation d'estomac

L..., soldat au e régiment d'infanterie, cultivateur, quarante-trois ans.

Est venu plusieurs fois à la visite se plaignant de digestions douloureuses et de renvois acides le matin au réveil. Le 10 septembre 1916, son état s'est aggravé, il revient nous consulter, se plaignant d'aigreurs plus fréquentes et douloureuses, il a de fréquents vomissements contenant des débris alimentaires, le matin à jeun.

Il n'a pas de température, pas de diarrhée, il a les traits tirés, la langue blanche.

L'examen de la région gastrique nous fait constater une zone de matité stomacale étendue, il a un clapotement très net. La paroi abdominale est bien musclée, il n'y a pas de ptoses viscérales.

L'état dentaire est déplorable. Les canines et incisives inférieures et supérieures peuvent fonctionner malgré leurs caries, les molaires et prémolaires supérieures sont abrasées, les dents inférieures correspondantes, bien que cariées; pourraient encore mastiquer si elles trouvaient un point d'appui sur la mâchoire supérieure. Le malade en est réduit à user des dents antérieures comme un rongeur.

Il attribue lui-même son état à sa mauvaise dentition, ne lui permettant de dilacérer suffisamment la viande, alors que chez lui, du fait de sa profession, il avait un régime végétarien plus facilement assimilable.

Nous l'évacuons avec le diagnostic de dilatation d'estomac Nous l'avons depuis perdu de vue.

OBSERVATION VII

Mauvaise dentition. — Troubles gastriques et intestinaux

B..., canonnier au 11e R. A. P., cultivateur, quarante-quatre ans.

Est venu plusieurs fois à la visite, se plaignant de troubles gastriques peu définis et de diarrhée qui cédèrent chaque fois assez rapidement à un régime lacto-végétarien.

Mais par suite des difficultés à suivre ce traitement le malade s'amaigrit et revient consulter pour les mêmes causes le 17 octobre 1916.

Bien que les selles soient peu fréquentes, il prétend la diarrhée fatigante, il est du reste amaigri, a un mauvais aspect général. Les selles contiennent des aliments mal digérés.

Pas de sucre ni d'albumine. Aucun trouble urinaire.

Pas de température.

La paroi abdominale souple se déprime facilement. Rien d'anormal à la percussion.

La langue est chargée, blanchâtre.

Les arcades dentaires sont dégarnies.

Une canine gauche, une prémolaire et une molaire droite, une incisive médiane restent au maxillaire supérieur. A l'arcade inférieure : Une molaire gauche, les incisives et les canines inférieures existent seules en bon état. Les autres

dents sont extraites ou brisées. Les bourrelets gingivaux sont ulcérés et saignants. La mastication est lente, pénible, incomplète.

Par suite de l'état général défectueux nous l'évacuons sur une ambulance avec diagnostic de : Gastro-entérite, mauvaise dentition.

Il fut après guérison envoyé au dépôt de son corps. Nous l'avons depuis perdu de vue.

Chez le malade de l'observation V la mastication incomplète et la pyophagie déterminèrent une gastrite aiguë améliorée et guérie par le port d'un appareil de prothèse. Dans les observations VI et VII, les aliments mal broyés surchargèrent les organes digestifs, occasionnèrent une dilatation d'estomac... et une gastro-entérite. Ces malades purent, chez eux, par leur profession de cultivateur et le régime lacto-végétarien de ces travailleurs parer au manque de dents, mais ils se trouvèrent en état d'infériorité, devinrent des anormaux quand ils eurent à mastiquer la nourriture abondamment carnée du troupier en campagne.

CHAPITRE V

Prophylaxie

A. — *Hygiène individuelle*

Le polymicrobisme buccal et les accidents qu'il peut engendrer font donc une nécessité de l'hygiène bucco-dentaire.

Il serait illusoire de vouloir obtenir une asepsie rigoureuse, dans un milieu constamment souillé par les apports de l'air et des aliments. Aussi bien l'organisme se défend-il spontanément chez l'homme sain, de telle sorte qu'il suffira d'adapter les mesures d'hygiène à ses moyens naturels de défense.

L'hygiène bucco-dentaire a donc pour but de réduire au minimum la pullulation microbienne.

La bouche devra être nettoyée chaque matin, afin de la débarrasser des débris épithéliaux et des sécrétions accumulées durant la nuit. Après chaque repas, on devra renouveler cette toilette, afin d'enlever les parcelles alimentaires non dégluties

Le seul nettoyage efficace, dit Guibaud, est

celui qui se fait à l'aide de la brosse à dents. Cette brosse devra être en soies de porc assez dures et assez espacées, lesquelles sont montées sur un manche en os.

La brosse humide est chargée de pâte ou de poudre dentifrice. Elle doit être promenée en tous sens sur les arcades dentaires. On frottera la face triturante, puis la face antérieure ou labiale, ensuite la face postérieure ou linguale, en procédant du collet vers le bord libre, afin de ne pas refouler vers la gencive les débris septiques à enlever. Un rinçage de bouche avec de l'eau bouillie aromatisée d'une solution dentifrice antiseptique entraînera les détritus.

Il sera utile d'assurer l'asepsie de la brosse, en la conservant dans un récipient contenant une solution antiseptique ou en la savonnant et l'essuyant après usage.

En ce qui concerne les dentifrices, ceux à base de formol, d'acide phénique et de salol, sont à proscrire pour un emploi quotidien. Un bon dentifrice doit être alcalin, il faut donc éviter ceux à base d'acide thymique et d'eau oxygénée.

Les poudres doivent être finement pulvérisées.

Le savon est excellent et a l'avantage d'être ni toxique ni irritant.

Pour les pâtes : éviter la pierre ponce, le talc et le charbon, le sucre et le miel qui peuvent, en ce qui concerne ces deux derniers produits, contenir des moisissures.

Nombreuses sont les formules et les marques de

produits dentifrices. Nous nous contenterons d'indiquer quelques formules de Cerbelaud, rapportées par Guibaud.

Elixir à la badiane :

Essence de badiane distillée	100 c.c.
— de girofle extra	3 —
— de menthe Mitcham (Jakson) .	60 —
— Sérose d'orient	2 —
Teinture de benjoin de Siam à 1/5 . .	100 —
— de cochenille à 1/10	100 —
— de Petrocarpus santolinus à 1/5.	250 —

Mesurer ou peser dans l'ordre et verser dans ce mélange agité :

Eau distillée	1.000 c.c.
Alcool à 90 degrés	8.500 —

Filtrer au papier (*Cerbelaud*).

Elixir dentifrice à la myrrhe

Essence de cannelle de Ceylan.....	1 c.c.
— de girofle de Bourbon.....	2 —
— d'anis de Russie.....	3 —
— de Badiane de Chine.....	2 —
— de menthe Mitcham (Jakson).	10 —
Teinture de racine de myrrhe à 1/5...	20 —
— de cochenille à 1/10.....	60 —
Eau distillée de rose.....	50 —
Alcool à 90° q. s. p.....	1 litre

Verser l'eau de rose dans le mélange des teintures et essences, ajouter l'alcool, filtrer au papier (Cerbelaud).

Poudre dentifrice

Carmin n° 40 pulvérisé.....	0 gr. 50
Carbonate de chaux précipité.	100 gr.
Essence de menthe Mitcham..	1 gr.
Essence de badiane de Chine..	0 gr. 50
Essence de rose d'anis.....	XI gouttes (Cerbelaud)

Pâte dentifrice

Carmin n° 40 pulvérisé.....	0 gr. 05
Carbonate de chaux précipité.	100 gr.
Essence de mente mitcham...	1 gr.
Essence de badiane de Chine.	0 gr. 50
Essence de roses d'Orient....	0 gr. 05
Glycérolé d'amidon de blé....	9 gr.

Mélanger le carmin à la craie, tamiser, ajouter les essences et faire une pâte ferme avec quantité suffisante de glycérolé (Cerbelaud). L'hygiène bucco-dentaire comporte en plus des soins que chacun peut se donner soi-même ; des soins périodiques que seul le spécialiste sera à même de fournir : visites de la bouche, ablation du tartre, polissage des dents, préparation des caries en vue de l'obturation, avulsion dentaire et prothèse.

B. — *Hygiène des collectivités*

Les observations que nous avons relatées et la quantité extraordinaire d'édentés qui nécessitèrent une organisation de centres spéciaux, montrent

l'ignorance du public en matière d'hygiène bucco-dentaire.

C'est à l'école que l'on devra entreprendre l'éducation hygiénique de l'individu.

Le professeur Landouzy dans son discours d'ouverture du IIIe Congrès international d'Hygiène scolaire, s'exprimait ainsi : « *Ceux-là, aussi bien que celles-ci s'aperçoivent que en santé, comme en toutes choses, l'éducation est bonne conseillère ; que l'éducation hygiénique commencée dès le premier âge, répond de la santé morale et physique de l'individu et de l'espèce.*

En France le premier document officiel concernant l'hygiène bucco-dentaire est la circulaire du ministre de l'Instruction publique en date du 25 mars 1908.

Circulaire du ministre de l'Instruction publique aux recteurs des Académies

« L'hygiène de la bouche a fait au Congrès inter-
« national d'Hygiène scolaire qui a tenu ses assises
« à Londres au mois d'août 1907, l'objet d'impor-
« tantes communications qui ont établi que cette
« partie de l'hygiène scolaire est de plus en plus, à
« l'étranger, l'objet de la sollicitude des pouvoirs
« publics.

« En France, des mesures locales ont pu, parfois,
« être prises pour faire donner aux élèves de l'ensei-

« gnement primaire les soins que réclame une bonne « hygiène de la bouche. Mais aucune décision d'ordre « général n'est jusqu'à présent intervenue. Cepen- « dant si on consulte les documents les plus récents « en la matière, l'on constate, que par suite sans « doute d'une alimentation insuffisante ou nuisible, « un petit nombre d'élèves des divers pays : 5 o/o à « peine, ont une denture absolument saine, que la « proportion des dents malades s'élève parfois « jusqu'à 36 o/o de la denture et qu'elle ne s'abaisse « nulle part au-dessous de 14 o/o, de telle sorte que « l'on a pu écrire que « de toutes les maladies popu- « laires la carie dentaire est la plus répandue ».

« Les médecins combattent avec juste raison « le préjugé populaire qui veut que le mal de dents « si douloureux qu'il puisse être, soit un mal passa- « ger. Ils estiment que la carie dentaire est une mala- « die qui peut en déterminer d'autres beaucoup plus « graves. A leur avis l'enfant qui a la bouche pleine « de dents gâtées et douloureuses, ne saurait devenir « fort, robuste et sain. Leur opinion à cet égard « peut être ainsi résumée.

« Sans parler de la fétidité de l'haleine, des maux « de tête, des troubles locaux, fluxions, abcès, dou- « leurs souvent intolérables qui proviennent du « mauvais état des dents, nombre d'affections de l'es- « tomac ou de l'intestin sont provoquées ou aggra- « vées par l'ingestion d'aliments insuffisamment « soumis à l'action de la mastication et de la salive.

« S'il est vrai qu'une simple irrégularité dans la

« disposition des dents peut déterminer des consé-
« quences telles que la rupture articulaire des dents
« un développement anormal des mâchoires et de la
« face, des troubles de la phonation, à plus forte
« raison doit-on s'attendre à ce que les dents malades
« deviennent un milieu de culture éminemment favo-
« rable aux plus redoutables microbes qui, par l'air,
« pénètrent jusque dans les poumons, par la salive
« dans l'estomac et par la voie lymphatique s'insi-
« nuent dans l'organisme, comme le prouve le gonfle-
« ment des ganglions du cou chez des enfants ayant
« des dents cariées. Toujours dangereuses, ces com-
« plications le sont particulièrement chez l'enfant et
« chez l'adolescent parce que leur organisme en voie
« de formation, partant moins résistant, offre plus
« de prises aux maladies infectieuses.

« Les soins dentaires doivent être donnés dès le
« bas âge, au cours de la période pendant laquelle
« les dents, en voie de formation ou légèrement
« atteintes, peuvent être l'objet d'un traitement effi-
« cace. On peut poser en principe que toute dent
« malade qui n'a pas été soignée à temps pendant
« l'enfance ou l'adolescence est une dent perdue.

« L'importance de l'hygiène dentaire est donc
« incontestable. J'ai en conséquence, décidé que,
« dans les écoles normales, des mesures seront prises
« pour que les soins de la bouche soient désormais
« l'objet d'une surveillance rigoureuse de la part des
« chefs de ces établissements. Ces mesures sont
« exposées dans le document annexé à la présente

« circulaire. Je vous prie d'en assurer l'exécution. » (Gaston Doumergue).

Dans l'annexe est exposé le fonctionnement des soins bucco-dentaires. Un dentiste-inspecteur visite et dresse une fiche dentaire aux élèves qui sont conduits chez un opérateur qui dresse une nouvelle fiche pour permettre le contrôle, à l'inspecteur, des réparations subies.

Cette façon de procéder met bien du retard, les élèves ne peuvent être conduits chez l'opérateur que les jours de congé, ils perdent le bénéfice du repos au grand air, et attendent de longs jours les soins qui pourraient être donnés, pour les plus urgents au moins, dans un local de l'infirmerie de l'établissement.

Cette organisation ne vise du reste que les établissements d'internats primaires, les écoles normales. Il y aurait lieu d'étendre ces visites dentaires à tous les établissements scolaires. Un médecin faisant les visites dans les localités où il n'existe pas de dentiste.

Le maître d'école devra faire l'enseignement de ses élèves. Il leur apprendra qu'ils doivent non seulement se nettoyer les mains et le visage, mais encore procéder au lavage de la bouche et des dents.

Ils devront les persuader que leur toilette ne peut être considérée comme terminée si cette opération n'est pas faite.

La coquetterie servira de moyen d'action. Par des tableaux muraux, par des gravures circonstan-

ciées, il sera facile de montrer la différence d'esthétique entre un visage possédant des dents soignées, blanches et saines, d'avec un visage dont le sourire découvre des arcades dentaires délabrées, aux organes cariés, ébrêchés, susceptibles d'occasionner des douleurs, des abcès difformes et pénibles. L'indifférence aux soins dentaires devra être présentée comme funeste et souvent irrémédiable. La sensiblerie, l'appréhension qui éloignent le patient du fauteuil de l'opérateur devront être flétries, le désagrément passager étant minime vis-à-vis du profit retiré.

Cette croisade hygiénique sera continuée auprès des parents qui vont fréquemment s'inquiéter des progrès scolaires et du surmenage possible de leur enfant. Ils pourront en outre être avertis par des notes mensuelles des besoins dentaires de l'élève.

Il est du devoir des administrateurs de s'occuper de la santé de leurs élèves en leur procurant des lavabos commodes et surveillés où l'interne éloigné du contrôle familial sera à même de faire ses ablutions régulièrement et complètement.

Les visites dentaires quand elles existent sont le plus souvent sommaires. Elles ont lieu dans une salle d'étude poussiéreuse, les enfants défilent un à un devant l'opérateur qui se sert du même miroir, des mêmes grattoirs pour tous sans avoir le temps de désinfecter les instruments d'une façon satisfaisante. Ces méthodes qui excluent toute idée de propreté vulgaire, répugnent et les font éviter par le plus grand nombre.

Le dentiste attaché à un établissement scolaire devrait avoir un cabinet situé et aménagé dans les locaux de l'infirmerie. Il ne devrait examiner qu'un nombre restreint de sujets à chaque visite. Il pourrait le faire avec autant de soins minutieux que pour sa clientèle de ville.

Les cours du soir et les ateliers d'apprentissage serviraient à parfaire l'éducation hygiénique scolaire. Si à chaque atelier était adjoint un lavabo, le porcelainier, par exemple, pourrait quitter la fabrique, libéré de cette fine poussière de kaolin qui le poudre à frimas ; le mécanicien, le chauffeur se libéreraient volontiers de cette gangue huileuse, charbonneuse qui oint son visage et ses mains.

Ce genre d'établissements réglementés par la loi existent déjà dans les centres charbonniers, dans les locaux de désinfection de la ville de Paris : les ouvriers doivent avant de quitter la mine ou les étuves passer à la douche. Il s'y soumettent volontiers en éprouvant du bien-être.

L'installation permettrait aux employés, qui souvent quittent en hâte un logis trop exigu, dans lequel ils ne peuvent se laver commodément, de prendre les soins hygiéniques nécessaires après leur rude labeur. Ils sortiraient dans la rue avec une mise décente, ils sentiraient moins la distance qui les sépare du passant bien mis qui les coudoie sur son trajet, l'inégalité sociale serait moins criarde, ils en seraient moins aigris.

Au régiment l'influence médicale pourra se manifester avec profit.

Dans ses conférences hygiéniques à l'occasion de l'incorporation des jeunes soldats, le médecin militaire du corps de troupe pourra jeter la bonne semence.

Il pourra continuer à peser de toute son autorité dans ses visites de santé et dans son service journalier.

Ces notions tout à fait nouvelles pour nombre de jeunes soldats, dit M.le médecin major Lehman, *s'enracinent d'autant mieux dans l'esprit qu'ils ont pu en expérimenter les heureux effets. Rentrés dans leurs foyers ils diffuseront ces principes d'hygiène.*

Dans sa circulaire du 10 octobre 1907 M. Chéron sous-secrétaire d'État à la Guerre dit que les affections dentaires ont en 1903 entraîné l'hospitalisation de 1.845 soldats avec 18.634 journées d'indisponibilité et de traitement. Il conclut à la nécessité de l'éducation dentaire et à l'organisation de services de dentisterie dans l'armée.

C'est aux médecins qu'il incombe de passer la visite dentaire et d'assurer aux hommes les soins nécessaires, les dentistes civils mobilisés leur étant adjoints.

Un service central au Val-de-Grâce pourrait être créé où des médecins militaires se spécialiseraient et seraient ensuite affectés à des services régionaux comme chefs de service. Dans chaque garnison, à l'hôpital, autant que possible, un médecin dentiste

serait chargé du fonctionnement du service avec pour aides les élèves dentistes mobilisés. Les centres de garnison donneront des soins simples ; pour les appareils de prothèse les malades seraient envoyés sur l'hôpital régional où existerait un centre spécial de mécaniciens dentistes.

En campagne le médecin de corps de troupe qui vit l'existence du combattant l'aidera efficacement de ses conseils. Son rôle n'est plus celui du dispensateur d'indisponibilité, on l'arrête en chemin sur tel ou tel cas « qui ne vaut pas la peine d'aller à la visite ». Le consultant est tout enclin à suivre les prescriptions. Le médecin connaissant les difficultés matérielles saura se mettre à la portée du troupier.

La durée de la guerre fit naître la nécessité de créer des services de stomatologie aux armées en opération. On songea d'abord à organiser des services dentaires automobiles. Les dentistes parcouraient le front, faisant une extraction, préparant un plombage prenant une empreinte de dentier.

La mobilité des troupes aurait nécessité un nombre considérable de voitures coûteuses, sans lesquelles les plombages, les empreintes seraient restées sans efficacité, le malade n'étant pas toujours présent au moment du passage de la voiture.

De plus, l'édenté aurait mal supporté la nourriture carnée, difficile à mastiquer pendant le temps trop long qu'il risquait d'attendre son dentier.

Par contre, l'adjonction de dentistes aux divisions combattantes facilitent énormément la tâche du

médecin de corps de troupe. Ils lui permettent de conserver des combattants qu'il se verrait obligé d'évacuer sur une ambulance et seraient ainsi éloignés pour longtemps de la ligne de feu.

Ces dentistes, affectés à des groupes de brancardiers divisionnaires, sont par conséquent à proximité des lignes et des cantonnements de repos des hommes. Ils se déplacent avec les troupes, ils n'abandonnent que momentanément les traitements commencés, cela sans préjudices pour les obturations futures. Ils extraient les racines, dressent une fiche dentaire qui permet d'évacuer, après consolidation, sur un centre de stomatologie où l'homme est pourvu d'un dentier dans le minimum de temps.

Pour notre part, nous avons eu l'occasion d'envoyer maintes fois consulter un dentiste de groupe de brancardiers divisionnaires et nous nous trouvons fort bien de la facilité qui nous est donnée pour faire oigner les hommes de notre formation.

CONCLUSIONS

Le nombre d'édentés qui se révélèrent à l'ouverture des hostilités montre la quantité de gens ignorants ou indifférents aux soins dentaires.

Il ressort de l'interrogatoire des malades dont nous rapportons les observations que la majorité était totalement ignorante des soins hygiéniques bucco-dentaires. Beaucoup de gens se montrent très surpris, font une mine étonnée quand on leur demande s'ils font des lavages de bouche.

L'éducation du public est donc à faire dès l'école, elle pourra être poursuivie ou complétée efficacement dans toute collectivité ouvrière ou militaire. C'est, en effet, au régiment, que l'autorité médicale pourra s'exercer, grâce à la discipline, avec le plus de profit. Toutes les classes de la Société subiront l'empreinte et répandront ces principes hygiéniques dans leurs familles.

La création de centres d'édentés rendue nécessaire pour parer à l'inaptitude à faire campagne de gens ayant une mauvaise denture, prouve la nécessité d'intervenir et d'entreprendre une croisade éner-

gique. Les caries non traitées peuvent avoir un retentissement sur l'organisme.

Ce mauvais état de la denture retentira d'autant plus bruyamment que le sujet sera plus jeune. La mauvaise alimentation ne permettra pas un développement suffisant de l'individu et étant donné le pourcentage énorme de parents négligents et ignorants de l'hygiène bucco-dentaire, il est à craindre un retentissement sur la race, en général, sur son développement.

Cette hygiène buccale servira en outre de moyen de prophylaxie des maladies infectieuses et des intoxications professionnelles inhérentes à certains métiers.

L'équilibre général de notre organisme est donc en rapport direct avec l'équilibre biologique du milieu buccal.

Vu : le Président de la thèse,
LETULLE

Vu : pour le Doyen
l'Assesseur
POUCHET

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur
de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Landouzy (*Pr*). — Discours d'ouverture du IIIe Congrès international d'Hygiène scolaire. Paris, 2-8 août 1910.

Segal (*M.*) *fils et Maillu* (*J.-J.*). — De l'organisation des services odontologiques dans l'armée de terre et de mer. Tours, 1910.

Besson (*A.*). — Bactériologie de la bouche et des dents (In traité de Stomatologie du Dr Gaillard et Dr Nogué, t. II, Paris, 1911).

Guibaud (*Dr*) *et Rogue*. — Physiologie de la bouche et des dents (In traité dc Stomatologie : Gaillard et Nogué, t. II, Paris, 1911).

Nogué (*Dr*) *et Dauguet* (*Dr*). — Pyorrhée alvéolo-dentaire (In traité de Stomatologie, Gaillard et Nogué, t. V, Paris, 1911).

Lebedinsky (*Dr*). — Influence du système dentaire sur l'état général (In traité de Stomatologie, Gaillard et Nogué, t. V, Paris, 1911).

Guibaud (*Dr*). — Hygiène de la bouche et des dents (In traité de Stomatologie, Gaillard et Nogué, t. V, Paris, 1911).

Tellier Julien (*Dr*). — La Pyorrhée alvéolaire. Ses Origines et ses conséquences, Paris, 1912.

Gaumerais. — Stomatologie aux armées (In Paris médical, no 18, 11 septembre 1915).

Imp. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris — 3357-17